FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° 66

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Yvon ROBERT

Né à Cherbourg, le 8 juillet 1905
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

La Tuberculose cutanée après Rougeole

Président : M. GOUGEROT, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yvon ROBERT

Né à Cherbourg, le 8 juillet 1905
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

La Tuberculose cutanée après Rougeole

Président : M. GOUGEROT, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1930

DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA. MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
LAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.
JBERTIN . .	Pathologie médicale.
ENARD (H.) .	Pathologie médicale.
NET	Physiologie.
LANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
ROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale
RULÉ	Pathologie médicale.
ADENAT. . .	Pathologie chirurgicale
ATHALA. . .	Pathologie médicale.
HABROL . .	Pathologie médicale.
HEVALLIER.	Pathologie médicale.
e GAUDART d'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
OGNON. . .	Physique.
ONZELOT. .	Pathologie médicale.
CALLE . . .	Obstétrique.
EY.	Urologie.
ARNIER. . .	Pathologie expérimentle
ASTINEL . .	Bactériologie.
ATELLIER. .	Pathologie chirurgicale
IROUD . . .	Histologie.
ARVIER. . .	Pathologie médicale.
OVELACQUE	Anatomie.
UTINEL. . .	Pathologie médicale.
DANNON . .	Hygiène.
OYEUX . . .	Parasitologie.

MM.	
LABBé (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (G.)	Pathologie médicale.
LEMAITRE . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . .	Anatomie pathologique
LEVEUF . . .	Pathologie chirurgicale
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (F.).	Pharmacologie.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale
MOREAU . . .	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
OBERLING . .	Anatomie pathologique
OLIVIER . . .	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES . . .	Obstétrique.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale
RICHET. . . .	Physiologie.
SÉZARY. . . .	Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VELTER . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.
VIGNES . . .	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
USQUET	Pharmacologie.
UENIOT	Obstétrique.
EQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER . . .	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE. . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
PROUST. . . .	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE GEORGES

MORT POUR LA FRANCE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE ET PARRAIN

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde tendresse et de ma reconnaissance.

A MA SŒUR YVONNE

A MA MARRAINE

A Monsieur Léon BALLOT

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS, A MES CAMARADES

A Monsieur le Professeur GOUGEROT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

En le remerciant du très grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Albert SÉZARY

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse, et m'a constamment aidé de ses précieux conseils ; qu'il veuille bien être assuré de ma profonde reconnaissance et de mon affection.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE 1924 A 1930

MM. les :

Professeur Fernand WIDAL (Hôpital Cochin) octobre 1924, février 1925, *in mémoriam.*

Professeur Pierre DELBET (Hôpital Cochin) mars-juillet 1925.

Professeur Sicard (Hôpital Necker) octobre 1925, février 1926, *in mémoriam.*

Docteur FREDET (Hôpital de la Pitié) mars 1926, janvier 1927.

Professeur Marcel LABBÉ (Hôpital de la Pitié) janvier 1927, janvier 1928.

Docteur FUNK-BRENTANO (Hôpital Beaujon) janvier-juillet 1928.

Docteur GANDY (Hôpital Lariboisière) juillet 1928, janvier 1929.

Professeur agrégé SEZARY (Hôpital Saint-Louis) janvier-juillet 1929.

Docteur Jules RENAULT (Hôpital Saint-Louis) juillet-décembre 1929.

Docteur BABONNEIX (Hôpital Saint-Louis) décembre 1929, janvier 1930.

La Tuberculose cutanée après Rougeole

INTRODUCTION

Au cours de notre séjour à l'Hôpital Saint-Louis, dans le Service de notre Maître Monsieur le Professeur Agrégé Sézary, nous avons eu l'occasion de rencontrer et de suivre un cas de tuberculose verruqueuse consécutive à la rougeole.

Notre Maître nous en fit remarquer l'intérêt, nous engagea à rechercher dans la littérature les cas analogues, et à en faire le sujet de notre thèse.

Ce n'est pas un travail entièrement nouveau que nous présentons là.

En effet, Loustau en 1901, et Rochette en 1905, ont étudié dans leur thèse la tuberculose cutanée apparue après rougeole. Mais s'ils l'ont bien étudiée cliniquement, par contre la pathogénie a été mal élucidée.

C'est qu'en effet deux théories se sont affrontées, ayant chacune leurs partisans convaincus : origine externe, origine interne. Nous verrons ce qu'il faut penser de ces deux conceptions.

Nous avons rapporté dans notre thèse les observations postérieures au travail de Rochette, que nous avons pu recueillir.

Pour toutes les observations antérieures à 1905, nous renvoyons à la thèse de Rochette.

HISTORIQUE

Jusqu'en 1889, on ne trouve aucune observation rapportant un cas de tuberculose cutanée post-morbilleuse.

En 1886, Riehl et Paltauf avaient décrit la tuberculose verruqueuse d'origine exogène, succédant à une inoculation de la peau.

C'est en 1889 que Besnier publia une observation concernant une fillette de quatre ans, atteinte deux mois après une rougeole d'une quarantaine de placards de type lupique disséminés sur la face et sur le corps.

La biopsie et l'inoculation au cobaye avaient permis de « conclure à la nature tuberculeuse de cette forme atypique de lupus ».

Les années suivantes, l'attention ayant été attirée sur ces faits, plusieurs observations furent publiées, en France, par Du Castel, Leloir, Gaucher et Druelle, Hallopeau et Leredde, dans leur *Traité de Dermatologie*, font mention du « lupus disséminé après rougeole », ainsi que Dubreuil. dans son *Précis de Dermatologie*.

A l'étranger, il faut citer Adamson, Kaposi, Von Veress, défenseur de la théorie exogène, Torök qui

fut peut être le premier à se prononcer en faveur de l'origine embolique des lésions, Tobler, Nobl, Jadassohn. Rochette dans sa thèse de 1905, fixa les principaux caractères de ces tuberculoses, et sans vouloir se prononcer absolument dans le débat pathogénique, marqua cependant sa préférence pour la théorie de l'origine interne.

Plus récemment Wirth, en 1924, a soutenu la même opinion.

TUBERCULOSE ET ROUGEOLE

L'influence désastreuse de la rougeole sur l'évolution de la tuberculose est un fait connu depuis longtemps.

Dès 1748, Hoffmann avait observé que la rougeole était quelquefois suivie de phtisie : « *Finito étiam morbo, si tussicula cum raucedine persistit, nisi cito idoneis succurratur remediis, in phtisia et hecticam fit transitus* (F. Hoffmanni opera omnia 1748, t. IV, p. 63 (De febri morbillosa).

Plus tard, Kortum, Fleisch, Joseph Frank, Guersant, Rayer (1835) firent la même remarque.

Les recherches modernes sur la cuti-réaction de la tuberculine pendant la rougeole ont confirmé l'opinion des auteurs du XVIII^e^ et du XIX^e^ siècle.

Notons que la rougeole ne crée pas de toutes pièces la tuberculose; elle ne favorise même pas son apparition chez des sujets qui ne sont pas porteurs de bacilles de Koch. Son rôle se borne à réveiller une tuberculose préexistante plus ou moins latente, parfois seulement révélée par une cuti-réaction à la tuberculine positive. Si la tuberculose était déjà patente, elle est fortement aggravée.

Quelles sont les localisations tuberculeuses que

l'on rencontre le plus fréquemment après la rougeole ?

Ce sont avant tout les adénopathies trachéo-bronchiques.

« Quand, dit Apert, au cours d'une rougeole la « toux prend un caractère quinteux, quand l'auscul- « tation révèle un souffle de compression bronchique « quand la percussion montre de la matité à la racine « des bronches, il faut se méfier que l'adénopathie « trachéo-bronchique soit de nature tuberculeuse. »

Dans d'autres cas, si l'enfant convalescent de rougeole maigrit, pâlit, se cachectise peu à peu et tousse, il faut craindre une tuberculose pulmonaire.

La rougeole a exalté la virulence des bacilles de Koch, et c'est parfois une granulie pulmonaire que l'on voit survenir.

Pour Teissier, l'apparition de tuberculose après la rougeole ne serait qu'un cas particulier d'une loi de pathologie générale qui veut que deux infections se développant dans un même organisme puissent s'influencer réciproquement. Selon le même auteur, les localisations tuberculeuses le plus souvent rencontrées sont : la bronchopneumonie ou la pneumonie tuberculeuses, la tuberculose miliaire, la tuberculose ganglionnaire suppurée, plus rarement la tuberculose des séreuses ou la tuberculose osseuse.

Mais il ne mentionne pas la tuberculose cutanée, pas plus qu'Apert.

Et pourtant, les complications cutanées de la

rougeole sont fréquentes, et Teissier lui-même dit que la rougeole est, avec la varicelle, une des maladies qui prédisposent le plus aux infections cutanées: ecthyma, impétigo.

Or, lorsque l'on retrouve la rougeole dans les antécédents d'un malade atteint de tuberculose cutanée présentant les caractères que nous étudierons plus loin, c'est-à-dire surtout disséminée, il ne s'agit pas simplement d'une coïncidence, et Loustau et Rochette ont bien démontré qu'il y avait entre les deux une relation de cause à effet : rappelons que le principal de leurs arguments est que la tuberculose cutanée survient très peu de temps après la rougeole.

CARACTÈRES SPÉCIAUX DE LA TUBERCULOSE CUTANÉE CONSÉCUTIVE A LA ROUGEOLE

Cette affection est très rare, si on la compare surtout â extrême fréquence de la rougeole. Loustau, dans sa thèse, en réunissait une vingtaine de cas ; Rochette un nombre un peu plus grand. Nous-même, rapportons treize observations.

Elle survient dans l'immense majorité des cas chez l'enfant, et cela n'a rien d'étonnant, puisque la rougeole est une maladie de l'enfance, et que la tuberculose cutanée se voit peu de temps après celle-ci.

La forme le plus fréquemment rencontrée est le lupus. Ce lupus peut être seul ou accompagné de tuberculose verruqueuse. Celle-ci se rencontre rarement a l'état isolé. Plus rarement, on trouve des gommes scrofuleuses, du lichen scrofulosorum ou des tuberculides papulo-nécrotiques.

Examinons, d'après nos observations, sur quel terrain surviennent ces tuberculoses, et s'il existe certaines causes prédisposantes. Existait-il, dans l'entourage de l'enfant, des personnes susceptibles

de le contaminer ? A vrai dire, on ne trouve souvent aucune source de contamination.

Cependant, deux auteurs, Macleod et Wirth, signalent dans leurs observations que le père était bacillaire. Dans le cas de Leiner et dans celui de Brunsgaardt, plusieurs personnes de la famille étaient tuberculeuses. Enfin, Labernadie fait remarquer que son petit malade avait dû être contaminé par une voisine atteinte de tuberculose pulmonaire et morte après un an de maladie, peu de temps après que l'enfant avait eu la rougeole.

Hudelot et Rabut signalent la vraisemblance d'un terrain hérédo-syphilitique, mais nous n'en avons pas trouvé d'autre exemple.

La rougeole qui a été la cause déclenchante de la tuberculose cutanée fut, le plus souvent, bénigne. Néanmoins, dans deux cas, ceux de Sequeira et de Brunsgaardt, elle fut suivie de bronchopneumonie. Les malades ne présentaient, le plus souvent, aucun signe antérieur de tuberculose viscérale, hormis quelques adénopathies cervicales ou, plus rarement, trachéo-bronchiques.

Quel est l'aspect, la morphologie de ces lésions ? Nous avons dit que les plus fréquents étaient le lupus et la tuberculose verruqueuse. Etudions d'abord le lupus.

Le premier caractère qui frappe est sa dissémination. Les placards lupiques peuvent siéger à la face, en particulier sur les joues et le menton. A ce sujet, disons que Rochette avait considéré comme

un des principaux caractères du lupus post-morbilleux, l'intégrité de la face. Il nous a cependant semblé que la face était souvent atteinte. Les membres sont atteints avec prédilection, à leur racine aussi bien qu'à leur extrémité.

Les plaques sont multiples : on a pu en compter jusqu'à 147.

Leurs dimensions sont variables : « d'un grain de millet à un grain de chènevis » (Sundt), « d'une tête d'épingle à un pois » (Wirth). Ils peuvent parfois atteindre la dimension d'une pièce de deux francs ou de cinq francs, ou même confluer en larges placards, comme dans une observation de Sequeira.

Quel est l'aspect de ces plaques ? Parfois légèrement en relief, ou au contraire simples taches, elle montrent à la vitropression les nodules couleur « sucre d'orge » caractéristiques. La plupart des auteurs insistent sur leur caractère squameux : Sundt décrit des papules squameuses, ressemblant au psoriasis guttata. Sequeira a observé un cas dans lequel « l'aspect sec et écailleux faisait penser au psoriaris » et c'est d'ailleurs pour cette dermatose que l'enfant avait été traité durant plusieurs années. Gaucher signale de même un lupus croûteux, psoriasiforme, et Hudelot des placards saillants et squameux.

Leurs teintes varie du brun au rouge, ou au rouge violacé.

La nature tuberculeuse de ces lésions a été vérifiée

par de nombreux examens histologiques et des inoculations au cobaye.

Combien de temps après la rougeole apparaît le lupus disséminé ? Très peu de temps après. Sur ce point, presque tous les auteurs sont d'accord : les délais de quelques mois sont rares.

Voici d'ailleurs comment s'expriment les auteurs à ce sujet :

« Immédiatement après la rougeole » (Macleod).

« Très peu de temps après » (Sundt).

« Trois mois après » (Wirth).

« Apparition rapide après la rougeole » (Sequeira).

« Au moment de la disparition de l'éruption morbilleuse » (Graham Little).

« Quelques semaines après » (Brunsgaardt).

« Pendant la convalescence de la rougeole » (Labernadie).

« Deux mois après la rougeole » (Gaucher).

« Quelques mois après la rougeole » (Hudelot et Rabut).

« Pendant la convalescence (Sezary et Poumailloux).

Autre caractère particulier, le début est soudain, à la façon d'un exanthème, suivant l'expression de Rochette.

Les placards lupiques surgissent en même temps en différents points du corps, et restent ensuite généralement stationnaires. Ils peuvent ainsi persister pendant de nombreuses années : Gaucher rapporte un cas ayant duré 14 ans.

Parfois cependant, on peut noter une augmentation lente et progressive durant plusieurs années, comme inversement, la possibilité d'une régression soit spontanée, ce qui est rare, soit par thérapeutique : Sundt rapporte l'observation d'un lupus disséminé qui durait depuis trois ans, et qui disparut en l'espace de quelques semaines à la suite de bains de soleil.

Lorsque les placards lupiques disparaissent, ils laissent des cicatrices : celles-ci sont rondes, blanches ; leurs bords desquament souvent, et leur centre est pigmenté.

Tels sont les principaux caractères du lupus post-morbilleux.

Dans ses grandes lignes, on peut l'opposer au lupus vulgaire dans sa forme ordinaire. Alors en effet que le premier est disséminé, atteignant les membres aussi bien que la face, le second est localisé, et dans les 4/5 des cas, à la face. Le lupus de la joue peut être considéré comme une lymphangite à point de départ nasal : cantonné dans un territoire lymphatique, il ne le dépasse pas.

Nous avons vu que le lupus disséminé a un début brusque, à la façon d'un exanthème, et que les placards atteignent d'emblée leur taille définitive : le lupus vulgaire a un début lent, par un petit lupome qui s'accroît jusqu'au volume d'une lentille ; puis d'autres lupomes naissent autour, et confluent bientôt en placard. Il ne cesse pas de s'accroître lentement, pendant des années, restant souvent rebelle

à tout traitement, et présente fréquemment une tendance ulcéreuse et rongeante qui aboutit à de véritables mutilations (Darier).

Au contraire on n'a signalé aucune tendance à la destruction ni à la mutilation dans le lupus post-morbilleux.

Ce dernier représente donc un type spécial à part, avec des caractères cliniques bien tranchés.

Le deuxième type clinique à envisager est la tuberculose verruqueuse. A vrai dire, elle ne diffère pas beaucoup du lupus ; Vidal l'appelait le lupus scléreux-papillomateux. D'ailleurs, Dumoulin, dans sa thèse de 1913, a rapporté plusieurs cas de transformation de lupus en tuberculose verruqueuse et inversement, de tuberculose verruqueuse en lupus.

De même, chez le malade que nous avons suivi avec M. Poumailloux dans le service de notre Maître Sézary, nous avons pu voir, à la suite de l'injection d'une goutte de tuberculine brute faite dans le derme, la tuberculose verruqueuse perdre son revêtement hyperkératosique et se transformer en foyers lupiques exulcérés.

Darier, dans son précis de Dermatologie, étudie la tuberculose verruqueuse d'origine externe, observée principalement chez les phtisiques ou les sujets que leur profession met en rapport avec des hommes ou des animaux tuberculeux, mais ne fait pas mention de l'origine hématogène de certains cas.

Cependant Moutot, dans sa thèse de 1907, signalait

la tuberculose verruqueuse post-exanthématique.

Récemment, Ramel a rapporté l'observation d'une « tuberculose verruqueuse hématogène de la face et des extrémités » survenue à la suite d'une bronchite chez une jeune fille de 17 ans.

Il rappelle à ce sujet les publications antérieures de Hoffmann, Finger, Tobler et Bourgeois qui « ont « montré l'existence d'une tuberculose verruqueuse « hématogène, dont les efflorescences sont en soi « superposables au point de vue histologique et « morphologique à celles de la tuberculose verru- « queuse habituelle. Ces tuberculoses éruptives, « dit-il, se distinguent de la variété de Paltauf- « Riehl par la dissémination des lésions. Celles-ci, en « effet, loin de se cantonner aux extrémités, peu- « vent se localiser en un point quelconque des tégu- « ments et apparaissent souvent multiples, au « tronc.

« Elles ont été notées surtout chez de jeunes « enfants, à la suite d'infections anergisantes, telles « que la rougeole et la scarlatine, d'où le nom de « post-exanthématiques décerné par certains auteurs « à ces dermatoses verruqueuses. Il s'agit en fait « d'une forme rare et encore peu connue de tuber- « culose hématogène cutanée. »

Quels sont les caractères des éléments de cette tuberculose verruqueuse ? Leur morphologie est celle de la tuberculose verruqueuse classique : à surface verruqueuse, fendillée, laissant sourdre du pus à la pression, et entourée d'un halo rouge violacé.

Ils sont parfois peu nombreux, parfois aussi multiples, coïncidant fréquemment avec le lupus, et siègent principalement aux extrémités.

L'évolution, dit Leiner, est indéfinie, sans tendance à la régression spontanée, caractère qui permet de l'opposer au lupus disséminé, qui régresse parfois.

Par là, la tuberculose verruqueuse post-exanthématique se rapproche de la forme des classiques dont la durée, dit Darier, « est fort longue, indéfinie ; le placard peut se cicatriser partiellement, mais la guérison complète est rare. »

Le lichen scrofulosorum est beaucoup plus rare. Haushalter en rapporte deux cas. Nous-mêmes citons à la fin de ce travail une observation de Leiner s'y rapportant. Rares également sont les gommes scrofuleuses et les tuberculides papulo-nécrotiques.

LES TUBERCULOSES VISCÉRALES ACCOMPAGNANT LA TUBERCULOSE CUTANÉE

Elles sont plus fréquentes que ne le pensaient Von Veress et Rochette.

Von Veress insistait sur le bon état général des sujets, et en tirait argument pour défendre sa théorie de l'infection exogène de la peau.

Rochette écrit de même : « Il paraît étrange « qu'avec une tuberculose cutanée aussi généra- « lisée que dans le lupus post-exanthématique l'état « général se maintienne aussi bon, et qu'avec des « lésions aussi nombreuses, on n'ait que rarement « des tuberculoses viscérales. »

Or, si nous examinons les 13 observations que nous avons recueillies, nous trouvons :

Un cas de mal de Pott avec paraplégie, 2 ans après la rougeole (Sundt).

Une spondylite avec tuberculose testiculaire (Koch).

Un cas de spina-ventosa et de tuberculose pulmonaire (Leiner).

Une pleurésie, un mois après l'éruption, accompagnée d'une arthrite tuberculeuse (Wirth).

Un cas de mort par méningite tuberculeuse, 5 mois après l'entrée à l'Hôpital (Brunsgaardt).

(Signalons un cas analogue rapporté par Gaucher et Druelle en 1904).

Une tuberculose pulmonaire (Gaucher).

Donc, dans près de la moitié des cas, nous trouvons des lésions tuberculeuses graves ou mortelles.

L'opinion de Rochette nous paraît ainsi en grande partie erronée.

Et de ces constatations découle le pronostic : Si les lésions cutanées présentent par elles-mêmes un pronostic relativement bénin, il ne faut pas oublier que le malade est un tuberculeux, susceptible de faire des lésions viscérales ; le pronostic vital devra donc être réservé.

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Deux points sont intéressants dans l'étude des tuberculoses cutanées post-morbilleuses : d'une part l'aspect clinique des lésions et, d'autre part, la pathogénie.

Deux théories ont été mises en avant pour expliquer la formation des lésions :

L'une est la théorie exogène qui rapporte le développement des placards à une inoculation externe de la peau.

L'autre fait intervenir exclusivement une bacillémie : les bacilles, venus d'un foyer profond, ganglionnaire ou autre, sont transportés par le sang en de nombreux points du territoire cutané : théorie endogène.

Disons immédiatement que c'est cette dernière qui est actuellement admise par l'immense majorité des auteurs.

La théorie exogène a été défendue surtout par Pelagatti, et par Unna et son élève, Von Veress.

Voici les arguments dont se sert ce dernier :

« Il est difficile, dit-il, d'imaginer pour l'inocula-
« tion des conditions plus favorables que celles de
« la peau atteinte de varicelle, de rougeole ou de

« scarlatine. Elle est, en effet, enflammée, infiltrée « de sérosité, d'une température supérieure à la « normale, et forme ainsi un terrain approprié à la « colonisation du bacille tuberculeux. Le tégument « est couvert de vésicules, de pustules, d'érosions, « d'excoriations ; pendant ou après la desquamation, il « est dépouillé de sa couche cornée protectrice et « couvert seulement d'un nouvel épiderme corné, « souvent absent par places. La porte est largement « ouverte à une inoculation multiple. Enfin, un prurit « plus ou moins intense oblige les enfants à un grat- « tage souvent énergique, et l'on sait que le bacille « se trouve partout, en suspension dans l'air, dans le « linge du lit (surtout dans les familles pauvres où « s'observent ces cas de lupus) et principalement sur « les ongles des doigts. »

D'autre part, Von Veress élève un certain nombre d'objections contre la théorie endogène ; il fait remarquer le bon état général de la plupart des malades, et demande alors d'où viennent les bacilles qui, par la voie sanguine, iraient coloniser dans la peau.

Il fait remarquer également qu'il existe un certain nombre de maladies infantiles déprimantes, à la suite desquelles on n'observe pas le lupus disséminé, et demande pourquoi ce dernier ne se verrait que chez l'enfant atteint de rougeole, plus rarement de scarlatine ou de varicelle.

Ces questions paraissaient insolubles pour Rochette en 1905, et il ne dissimulait pas que c'étaient

là les deux points faibles de la théorie hématogène.

Nous reprendrons plus loin cette étude et nous montrerons que ces problèmes peuvent être résolus à la faveur des notions modernes sur l'anergie morbilleuse.

La théorie endogène est presque universellement admise à l'heure actuelle.

Il faut citer ici les noms de Du Castel, Besnier, Kaposi, Leloir, Dubreuil, Hallopeau et Leredde, ceux de Macleod, Sequeira, Adamson et Wirth.

Macleod écrivait, dès 1907 : « On croit que les bacilles de Koch atteignent la peau par voie sanguine, et que leur source est probablement dans un ganglion bronchique infecté qui s'est ouvert sous l'influence de la rougeole dans le courant sanguin. »

Pour Sequeira et Adamson : « la rougeole cause l'explosion d'un foyer tuberculeux préexistant ».

De même, Labernadie : « Nous pensons que l'on « doit rapprocher les manifestations tuberculeuses « de la peau des autres manifestations tuberculeuses, « telles que la granulie aiguë, la tuberculose pul- « naire ou méningée que l'on observe si fréquem- « ment à la suite de la rougeole. »

Wirth est encore plus affirmatif.

Notre Maître, M. Sezary, est également partisan de la théorie hématogène.

Que valent les arguments de Von Veress en faveur de la théorie exogène ?

L'état inflammatoire de la peau du rougeoleux peut être aussi bien invoqué, comme le faisait

remarquer Rochette, en faveur de la théorie hématogène.

Cet état du revêtement cutané serait une cause favorisante pour la localisation et la pullulation dans la peau des bacilles de Koch venus d'un foyer viscéral.

Von Veress tire en outre argument du bon état général des sujets.

Souvent, en effet, il n'y a pas d'antécédents personnels de bacillose, mais nous avons vu la fréquence des sources familiales de contagion. Nous savons la sensibilité de l'enfant à l'égard du bacille de Koch, et nous avons d'ailleurs remarqué, contrairement à l'opinion de Von Veress et de Rochette, que des tuberculoses viscérales coexistaient fréquemment avec la tuberculose cutanée. Les travaux sur la cuti-réaction à la tuberculine sont venus montrer la fréquence des tuberculoses latentes, révélées seulement par une cuti-réaction positive.

Brunsgaardt écrit fort justement à ce sujet :

« Pour prouver que c'est de la tuberculose ino-
« culée qui cause l'infection tuberculeuse de la peau
« Von Veress nous montre que ces affections se
« rencontrent dans la majorité des cas chez les
« enfants bien portants. Mais il aurait dû dire :
« Chez les enfants en apparence bien portants »,
« parce que déjà, chez les enfants âgés de 3 ans on
« trouve la réaction de Pirquet positive dans 50 %
« des cas, et à l'autopsie d'enfants entre 12 et 15 ans
« en apparence bien portants, et morts d'une mala-

« die quelconque, on trouve dans 95 % des cas un « foyer tuberculeux ».

« L'auteur dit, en outre, que l'envahissement d'or- « ganes internes est très rare. Pourquoi donc la « peau seule est atteinte ?

« Mais nous lui répondons que dans pas mal de « cas, tout ce tableau se termine par une méningite « tuberculeuse ou une tuberculose miliaire et, en « outre, on rencontre souvent des infiltrations des « organes internes ».

Von Veress demande encore pourquoi la dissémination des bacilles se ferait-elle seulement après les fièvres éruptives, en particulier la rougeole, alors qu'il est d'autres maladies, fébriles et déprimantes, en particulier les gastro-entérites, les bronchites, qui ne sont pas suivies de semblables manifestations.

Cette affirmation n'est pas absolument exacte, car Ramel a rapporté, en 1928, l'observation d'une jeune fille de 17 ans, sans antécédents bacillaires décelables, atteinte de tuberculose verruqueuse hématogène à la suite d'une bronchite.

Cette réserve faite, nous répondrons que la rougeole est une maladie anergisante, pendant laquelle la cuti-réaction, de positive qu'elle était avant, devient négative. La défense de l'organisme vis à-vis du bacille de Koch est paralysée ; c'est là un fait presque spécial à la rougeole, qui ne se rencontre que rarement en dehors d'elle (grippe, pneumonie) et qui explique pourquoi cette infection

donne un coup de fouet à la tuberculose, et peut être suivie de manifestations bacillaires viscérales ou cutanées.

Remarquons, en outre, que la multiplicité des placards plaide, comme Torök l'avait fait remarquer, en faveur de l'origine sanguine.

ÉTUDE DE L'ALLERGIE AU COURS DE LA ROUGEOLE

L'étude de l'allergie et de l'anergie tuberculeuses date des travaux de Von Pirquet sur la cuti-réaction à la tuberculine, et de Mantoux sur l'intradermo-réaction.

Ces auteurs montrèrent qu'à partir de l'âge de 2 ou 3 ans, le pourcentage de cuti-réactions positives, démontrant une atteinte de l'organisme par la tuberculose, va rapidement en croissant.

Si, par exemple, nous prenons la statistique de Mantoux, nous avons les chiffres suivants :

Age	Réactions +	Réactions —	Pourcentage
De 0 à 1 an	1	40	2,4 %
1 à 3 ans	10	27	27 %
3 à 7 ans	25	25	50 %
7 à 15 ans	72	15	82 %

On donne à cette sensibilisation vis-à-vis de la tuberculine, qui dénote que le sujet a déjà subi une infection tuberculeuse, si minime soit-elle, le nom d'allergie. Cette allergie est donc un phénomène général dans les pays civilisés, chez les enfants ayant atteints 15 ans, et qui explique la résistance

de l'organisme aux multiples causes de contamination tuberculeuse, le sujet étant en quelque sorte « vacciné » par une infection atténuée.

Notons en passant qu'il n'en est pas de même chez les races vierges de tout contact bacillaire, race noire en particulier, et l'on sait la fréquence et la gravité extrême des infections tuberculeuses chez les noirs transplantés dans les pays civilisés. André Jousset note fort justement que la cuti-réaction positive est un acte de défense, qui suppose l'intervention du bacille de Koch lui-même.

Il en résulte qu'une cuti-réaction à la tuberculine positive est l'indice de « la pénétration ancienne ou récente du bacille de Koch en un point quelconque de l'organisme » (A. Jousset).

Cet état allergique est suspendu au cours de certaines maladies fébriles, en particulier et surtout, la rougeole. On donne à cet état temporaire de l'organisme le nom d'anergie, qui se traduit par une cuti-réaction négative. L'étude en est due à Preisich. Comment expliquer cette anergie ? Deux hypothèses ont été émises.

La première est celle exposée dans la thèse d'Aptekmant.

« L'absence d'intradermo au cours de l'évolution de la rougeole tiendrait à la propriété de l'organisme d'engendrer contre la toxine morbilleuse les mêmes anticorps que contre la toxine tuberculinique. L'infection morbilleuse étant aiguë, tous les anticorps seraient absorbés ou détruits par la lutte contre sa

toxine et l'organisme se laisserait facilement envahir par le bacille de Koch et ne pourrait pas réagir à la tuberculine, même s'il était déjà en puissance de tuberculose. La rougeole une fois disparue, les anticorps préformés resteront libres, et le sujet pourra de nouveau réagir à l'intradermo ».

La seconde hypothèse est celle de Von Pirquet, qu'Hutinel rapporte en ces termes :

« Pour Von Pirquet, les maladies tuberculisantes, dont la rougeole, agissent sur les anticorps bactériens. Les anti-toxines tuberculeuses sont neutralisées, absorbées par les poisons morbilleux. »

« La conclusion est facile à dégager : privé de ses anti-toxines, grâce auxquelles il luttait victorieusement contre les germes emprisonnés dans les ganglions, grâce auxquelles sans doute il les condamnait à l'immobilité, à une vie ralentie, l'organisme n'est plus capable de résister. Les bacilles de Koch peuvent se donner libre cours, et ainsi se comprend l'action tuberculisante de certaines affections ».

Récemment, Goebel et Herbst ont repris l'étude de l'allergie tuberculeuse ; ils ont étudié, en particulier, l'influence de l'injection de sérum de rougeoleux sur la réaction de Mantoux.

Ils ont pratiqué les expériences suivantes : injections intradermiques à des enfants ayant une réaction à la tuberculine positive de :

1° 0 cm³ 2 d'une concentration faible de vieille tuberculine dans du sérum physiologique frais ;

2° 0 cm³ 1 de sérum normal dans 0 cm³ 1 de sérum physiologique ;

3° 0 cm³ 1 de sérum normal dans 0 cm³ 1 de tuberculine à concentration faible ;

4° 0 cm³ 1 de sérum de rougeoleux dans 0 cm³ 1 de sérum physiologique ;

5° 0 cm³ 1 de sérum de rougeoleux dans 0 cm³ 1 de vieille tuberculine à concentration faible.

Le sérum qu'ils ont employé provenait de sujets dont la réaction à la tuberculine était négative. Ils ont vu ainsi que le sérum de rougeoleux prélevé entre le 3e jour de la période d'invasion et le 2e jour de l'éruption était capable de renforcer la réaction de Mantoux chez les enfants allergiques, et que la réaction était identique lorsqu'on employait du sérum de rougeoleux chauffé. La présence du virus vivant de la rougeole n'est donc pas indispensable.

Sundt fait remarquer que certains facteurs peuvent influer sur l'allergie cutanée, et aboutissent parfois à une cuti-réaction à la tuberculine très faible ou négative, même quand il s'agit de lésions indiscutablement tuberculeuses : Le principal d'entre eux est la pigmentation produite par les rayons solaires employés dans un but thérapeutique. La préparation de tuberculine employée influe aussi fortement sur l'intensité de la réaction.

Ces recherches et ces hypothèses éclairent d'un jour nouveau la pathogénie des tuberculoses post-morbilleuses, en particulier de la tuberculose cuta-

née, dont le mécanisme de production ne fait pas exception à la règle générale.

Hutinel, à propos de plusieurs autopsies d'enfants atteints de tuberculose viscérale post-morbilleuse, a montré quelle était l'origine des bacilles tuberculeux, et comment se réalisait leur essaimage : la coupe d'un ganglion montrait en effet une veine béante qui communiquait avec la matière caséeuse du ganglion. Il est très vraisemblable que c'est par là que s'était faite l'inoculation sanguine. Mais Hutinel considère ce mode d'inoculation directe du sang comme une rareté, et pense que « le plus souvent, c'est sans doute par les lymphatiques, voies efférentes naturelles du ganglion, que les bacilles sont entraînés dans le torrent circulatoire ».

Cappelli a rapporté il y a quelques années un cas de tuberculose cutanée, non consécutive à la rougeole, il est vrai, mais qu'il considère comme d'origine sanguine. Il a inoculé des cobayes avec des fragments de peau, de ganglions lymphatiques cervicaux, et avec du sang : toutes les inoculations ont été positives, démontrant la présence du bacille tuberculeux dans la peau, les ganglions et le sang. L'auteur de cette communication rappelle à ce propos les inoculations positives avec du sang, faites par Hildebrandt et Brian, dans un cas d'érythème noueux, et l'observation de Duchinau qui, dans un cas de scrofuloderme multiple, a eu un résultat positif avec l'inoculation du sang, à la suite d'un grattage.

Si donc, le bacille tuberculeux vit mal dans le sang, il a pu néanmoins y être mis plusieurs fois en évidence.

Que conclure de tout cet exposé ?

La tuberculose cutanée après la rougeole relève, à notre avis, d'une bacillémie : les bacilles, venus d'un foyer profond connu, ou plus souvent ignoré, sont transportés par la voie sanguine à la peau, à la faveur de l'anergie consécutive à la rougeole.

Il est également vraisemblable que l'état inflammatoire de la peau constitue une cause d'appel pour les lésions tuberculeuses.

Résumons les arguments qui nous permettent de conclure à l'origine interne des lésions :

La multiplicité des placards ;

Leur dissémination ;

Leur localisation plus fréquente aux extrémités et à la face ;

Leur apparition simultanée, à la façon d'un exanthème ;

La fréquence de la tuberculisation de l'organisme, révélée par une cuti-réaction positive ;

La notion de l'anergie morbilleuse qui explique le développement de tuberculoses viscérales ou cutanées post-éruptives ;

La fréquence des lésions viscérales associées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Tuberculose verruqueuse disséminée consécutive à la rougeole.

(Malade suivi par nous dans le Service de M. Sézary. Observation publiée par MM. Sézary et Poumailloux) (*Bulletin de la Société de Dermatologie*, juin 1929.)

Il s'agit d'un enfant de 15 ans qui s'est présenté à la consultation de M. Sézary, le 30 avril 1929, porteur de lésions disséminées de tuberculose verruqueuse typique. Ces lésions, disséminées sur tout le corps, étaient apparues par poussées successives (trois en tout), la première de ces poussées étant survenue, il y a un an et demi, aussitôt après une rougeole d'évolution normale, sans complications broncho-pulmonaires ; les deux suivantes, un mois après.

Les lésions variaient d'aspect suivant les régions. Les plus typiques étaient celles des mains et des poignets, en particulier celles du médius droit et du cinquième doigt gauche, les premières en date de toutes ; saillantes, à surface très irrégulière, nettement verruqueuse, elles étaient entourées d'une petite zone périphérique rouge. De 2 à 3 centimètres de diamètre, arrondies ou irrégulièrement ovalaires, allongées dans le sens des doigts, non douloureuses

et non prurigineuses, les plaques étaient fendillées par place, leur pression laissant sourdre des gouttelettes de pus indiquant l'existence de microabcès.

Une biopsie qui a été faite au poignet gauche a montré des altérations typiques, avec hyperkératose et follicules tuberculeux, avec cellules géantes disséminées sur la coupe.

Une radiographie des mains a montré l'absence de toute atteinte osseuse. Il existait une adénopathie axillaire modérée. Sur le reste du corps, des placards situés à la cuisse, au genou et au creux poplité gauche, avaient à l'entrée du malade le même aspect verruqueux que ceux des mains.

D'autres au contraire, situés à l'épaule droite, à la joue gauche et à la fesse gauche avaient un aspect différent, qui s'est peu à peu modifié les jours suivants. Ces placards, plus petits, de la dimension d'une pièce de un franc à la fesse et à l'épaule, d'un pois à peine à la face où il en existe quatre, sont de nature lupique : la vitro-pression permet de mettre en évidence des nodules teinte sucre d'orge caractéristique.

Le mode d'apparition et l'évolution de ces lésions nous ont paru intéressants à noter : alors qu'un premier interrogatoire de l'enfant et de son père nous apprenait seulement que le début remontait à un an et demi, un rappel plus attentif des souvenirs leur fit préciser que l'enfant était à ce moment en convalescence de rougeole, et qu'il avait de plus, été amygdalectomisé aussitôt après. Les placards sont apparus par poussées successives, au médius droit, puis aux deux mains et à la cuisse. Chacun des éléments s'est lentement, mais progressivement et régulièrement agrandi. La deuxième poussée est précisément celle où apparurent les éléments les plus petits et d'aspect lupique, que nous avons

vus à la face. Depuis l'entrée de l'enfant dans le service, ces éléments eux-mêmes se sont modifiés et tendent peu à peu à prendre un aspect croûteux, les rapprochant des lésions plus anciennes.

L'examen général nous renseigne peu sur l'origine de la contamination tuberculeuse. L'examen clinique et radiologique des poumons a montré seulement l'existence d'une adénopathie trachéobronchique modérée. Peut-être existe-t-il sur le cliché quelques ombres suspectes au sommet gauche. Il existe également un certain retard du développement. Les parents n'ont pas de lésions pulmonaires, ni les autres frères et sœurs, qui sont bien portants. Le jeune malade a travaillé dans une verrerie où quelques ouvriers seraient tuberculeux.

En dehors des circonstances d'apparition de cette tuberculose verruqueuse à la suite d'une rougeole, l'évolution profondément modifiée par la tuberculinothérapie nous a paru devoir retenir l'attention : une inadvertance a fait pratiquer, le 7 mai dernier, en même temps que la biopsie et qu'une injection de vaccin de Vaudremer, une cuti-réaction et une injection intradermique d'une goutte de tuberculine brute à l'avant-bras gauche. A la suite de cette injection, ont eu lieu de violentes réactions locales, focales et générales. Localement, un érythème de la largeur d'une paume de main avec œdème et réaction douloureuse, bientôt suivi d'une desquamation, a persisté une quinzaine de jours. En même temps, un état de choc violent a été observé : frissons, vomissements alimentaires, céphalée et douleurs abdominales, cyanose, température à 39°2 pendant 48 heures, subictère et asthénie les jours suivants.

En même temps, les lésions cutanées se transformaient rapidement :

1° Aux mains, la carapace verruqueuse tombait, laissant à nu une surface rouge, non suintante, avec un épiderme de néoformation, ayant l'aspect de foyers lupiques exulcérés ;

2° A la face, un érythème était apparu autour des lésions lenticulaires, et même du côté opposé où il n'existait aucune lésion, avec desquamation consécutive et persistance assez longue d'un halo inflammatoire. La régression de l'ensemble des lésions s'est poursuivie jusqu'au 20 ou 25 mai ; à partir de ce moment, au contraire, certaines lésions ont montré une tendance nette à redevenir verruqueuses.

Nous avons pu avoir des nouvelles du malade dans le courant de décembre : le père nous a écrit que son état général était médiocre, et que ses lésions cutanées persistaient sans aucune rétrocession.

OBSERVATION II

Un cas de lupus vulgaire multiple, consécutif à la rougeole

(Macléod, *British Journal of Dermatology*, 1907.)

La malade est une enfant délicate, âgée de 6 ans. La mère est bien portante, mais le père est atteint de tuberculose pulmonaire. A l'âge de 4 ans, elle eut la rougeole, et immédiatement après apparurent les lésions tuberculeuses de la peau. La malade est pâle et anémiée. Cependant, à l'exception de la rougeole, elle n'a eu aucune maladie sérieuse. Un examen médical n'a fait découvrir aucun signe d'infection pulmonaire, ni aucun stigmate de tuberculose interne. A son entrée à l'hôpital, elle présentait 12 lésions tuberculeuses de

la peau. Elles siègent à la face, sur les deux bras, la jambe droite et la fesse droite. Elles varient de la dimension d'un pois à un shilling, les deux plus grandes étant sur la fesse droite. Les lésions sont du type du lupus vulgaire dans sa variété nodulaire, et sont légèrement en relief sur le plan de la peau, de couleur rouge brunâtre. La majorité d'entre elles présentent une surface lisse, celles des fesses étant légèrement verruqueuses.

OBSERVATION III

(Labernadie, *Annales de Dermatologie*, 1910, page 330).

Un jeune garçon de 6 ans se présente à la Consultation des maladies de la peau, le 12 janvier 1910, porteur de plusieurs lésions circonscrites de la face ayant débuté il y a quatre ans, au cours de la convalescence d'une rougeole. Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires : Son père est mort d'une affection cardiaque, sa mère encore vivante est en bonne santé. Une sœur âgée de 6 ans n'a jamais été malade. C'est un jeune garçon bien constitué pour son âge, à peau blanche et fine, à cheveux blonds présentant l'aspect classique du lymphatisme floride. Il n'a jamais été atteint d'impétigo, et n'a présenté à aucuns moment, soit des lésions des muqueuses, soit des lésions de coryza chronique ; en dehors des lésions pour lesquelles il vient à la consultation, il n'a été affecté que de la rougeole il y a 4 ans et de la varicelle, il y a 3 ans. La rougeole a évolué d'une façon normale, sans complications pulmonaires ou autres ; à ce moment, 4 lésions que nous allons décrire plus loin apparaissaient sous forme de petites taches

de la grandeur d'une tête d'épingle noire, rouges, s'effaçant par la pression et ne formant aucun relief sur la peau. Elle s'agrandirent lentement par la périphérie et c'est seulement depuis un an, sous l'influence d'irritations (pommade jaune, grattage) que les lésions prirent l'aspect qu'elles ont actuellement. On constate : 1° à la partie supérieure de la région massétérine droite, trois efflorescence de coloration rouge, arrondies, d'un centimètre de diamètre, séparées les unes des autres par la peau saine, et formant un léger relief ; elles sont recouvertes d'un épiderme mince, lisse, non ulcéré, finement squameux. Par la pression au moyen d'un lame de verre, la coloration rouge disparaît. L'on peut mettre en évidence l'infiltration lupique, couleur sucre d'orge. Le bord se réduit à un simple contour vaguement circiné.

2° A gauche, à 4 centimètres de l'angle de la mâchoire, sur la région qui répond à la face externe du maxillaire inférieur, un élément d'un peu moins d'un centimètre de diamètre, de même aspect. La palpation des lésions donne au doigt une sensation de mollesse et d'infiltration. Elle n'est pas douloureuse : Les seules sensations subjectives sont un léger prurit intermittent.

L'état général est excellent. Il existe deux ou trois petits ganglions carotidiens, durs, mobiles. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire, inguinale ou sous-maxillaire. Les poumons sont sains. Interrogée au point de vue spécial de la contagion tuberculeuse, la mère signale qu'une voisine âgée de 20 ans et atteinte de tuberculose pulmonaire embrassait souvent l'enfant et le prenait dans ses bras. Elle est morte après un an de maladie, quelques temps après que l'enfant avait eu sa

rougeole. Elle attire notre attention sur la fragilité et la susceptibilité de la peau de l'enfant : la varicelle a laissé jusqu'à l'année dernière des cicatrices actuellement disparues et la marque d'une égratignure du menton par coup d'ongle, vieille d'un an, est encore visible.

OBSERVATION IV

(Gaucher, Fouquet et Flurin,
Annales de Dermatologie, 1910.)

Le 2 janvier 1910, Madame J..., âgée de 37 ans, entra à Saint-Louis, Salle Henri IV, pour deuxième poussée de lupus généralisé, datant de 2 ans. La première poussée remonte à 30 ans : elle avait débuté 2 mois après une rougeole et avait complètement guéri au bout de 14 ans, par le raclage et la cautérisation ignée. Actuellement, la malade présente des lésions lupiques disséminées : elles prédominent et sont en pleine activité sur les membres inférieurs. On remarque sur cette région des placards disséminés de lupus croûteux à allure psoriasiforme par hyperkératose secondaire. On peut voir sur ces placards quelques tubercules lupiques, jaune sucre d'orge, absolument typiques. C'est surtout sur le genou gauche que les lésions ont le plus nettement l'aspect psoriasiforme. Sur le dos, on note de vastes cicatrices, affectant une disposition zostériforme, avec quelques éléments en activité à la périphérie. On aperçoit sur la paupière inférieure et à l'angle externe de l'œil droit, un placard lupique, des dimensions d'une pièce de 2 francs, traité par des cautérisations depuis 2 mois environ. La

jambe gauche augmentée de volume, œdématiée, présente par places des lésions lupiques ulcéreuses. Il s'agit en réalité d'un lupus éléphantiasique ulcéré. Sur la face interne, au 1/3 inférieur de cette même jambe, on voit un placard de tuberculose verruqueuse, avec poussé de recrudescence, due à une grossesse de 6 mois. La malade supporte bien sa grossesse. Pas d'albumine dans les urines. L'auscultation pulmonaire révèle des lésions bacillaires du 1er degré au sommet des deux poumons.

OBSERVATION V

Graham Little, *Lupus disséminé chez une fillette de quatre ans et demi. Proceedings of the Royal Society of Medicine of London* (*Dermatological Section*, 17 février 1910. Page 59).

La malade I. S..., a eu la rougeole il y a deux ans. Comme l'éruption morbilleuse disparaissait, les lésions actuelles ont été notées, apparaissant presque comme un exanthème, les petits nodules lupiques s'étant développés tous en même temps. Actuellement, l'enfant a de petits nodules lupiques, donnant la couleur chamois caractéristique à la vitro-pression, et distribués comme suit : la tache la plus grande, de la taille d'une pièce de six pences, est sur la joue droite. Cette lésion aurait débuté en même temps que d'autres nodules plus petits. Il y a en tout vingt-cinq lésions semblables, largement dispersées, et d'une façon assez symétrique, sur le dos et la poitrine. Les nodules ont la dimension d'un pois, et semblent être demeurés presque stationnaires, à l'exception de la lésion de la face, qui seule est devenue

plus grande que les autres. Pas d'autre histoire de tuberculose dans la famille de cette malade.

OBSERVATION VI

Sequeira. *Un cas de lupus disséminé*
Proceedings of the Royal Society of Medicine of London.
(*Dermatological Section*, février 1913. Page 112).

Ce cas est intéressant à 3 points de vue :

1° Le lupus était très largement disséminé ;

2° Il était apparu après rougeole.

3° Son aspect sec et écailleux faisait penser au psoriasis, et c'est pour psoriasis qu'il a été traité pendant plusieurs années.

Le malade, S. H..., âgé de 11 ans était un enfant unique. Aucune histoire de tuberculose ou de maladie cutanée dans la famille. A l'âge de 3 ans, il eut du côté droit du cou quelques ganglions tuberculeux. A l'âge de quatre ans, l'enfant a eu la rougeole, suivie d'une broncho-pneumonie. A la guérison, apparition de quelques taches sur les cuisses, la face et le cou. Environ 6 mois après, ces taches s'étaient étendues en de larges placards. Des onguents furent appliqués, sans résultat. Comme l'éruption continuait à s'étendre, l'enfant fut conduit, il y a 3 ans de cela, dans un hôpital, où les lésions furent prises pour du psoriasis, et un traitement par de la pommade au goudron et des bains alcalins fut régulièrement poursuivi pendant 6 mois. Depuis lors, on avait employé des bains à la soude pour décaper les lésions. Récemment, l'enfant fut examiné par un autre médecin, qui

pensa qu'il s'agissait d'un cas de lupus, et l'envoya au « London Hospital » pour traitement. L'enfant était d'une taille normale, mais assez anémique et assez gros ; généralement bien portant, mais craignant beaucoup le froid. Pas de lésions viscérales évidentes. L'éruption avait la distribution suivante : des deux côtés du cou et sous le menton, il y avait des taches de lupus sec, écailleux, une des plaques s'étant ulcérée après une égratignure. Sur les deux joues, il y avait un petit nodule discret de la taille d'un pois. Sur les deux bras, de nombreuses taches bien caractérisées de lupus. Les taches sèches, rouges et écailleuses, montraient à la vitro-pression les nodules caractéristiques. Sur les deux coudes, mais plus sur le gauche que sur le droit, il y avait des lésions très squameuses qui ressemblaient de près au psoriasis. Les faces d'extension des membres étaient plus atteintes que celles de flexion. A la face externe et interne du poignet droit, et à la face externe du poignet gauche, il y avait des lésions d'un caractère plus épais et plus verruqueux. Quelques petites taches discrètes sur la partie antérieure du thorax. Sur les parties antérieures et internes des cuisses, on remarquait des placards plus étendus, quelques-uns aussi larges que la paume de la main, et des placards a tendance extensive s'étendant des faces externes des cuisses jusqu'aux fesses. Elles étaient toutes du type sec et squameux déjà vu aux membres supérieurs. Les genoux, excepté de petits nodules à la face externe, étaient indemnes. A la cheville gauche, on trouvait de petits placards ovoïdes, transversalement étendus, ayant le caractère verruqueux vu aux poignets. En dépit de la dissémination des lésions, le dos et le cuir chevelu étaient complètement indemnes.

OBSERVATION VII

Koch, *Kind mit lupus vulgaris nach masern. Gesellschaft für innere medizin und kinderheilkunde in Wien*, 6 novembre 1913 (*Wiener Klinische Woschenschrift*, 27 novembre 1913. Page 2014).

H. Koch présente un enfant de 4 ans avec un lupus vulgaire à la suite de rougeole. Après la rougeole, cet enfant présentait sur le corps des formations qui se composaient de petits nodules bruns rougeâtres, et qui étaient en partie couverts de squames.

En outre, cet enfant présente de la spondylite et de la tuberculose testiculaire qui, toutes deux, se sont développées après la rougeole.

Le malade a été traité par des rayons ultra-violets, et plusieurs foyers ont déjà disparus.

OBSERVATION VIII

Leiner, *Archivs für Dermat.*, 1914, page 132, tome 7.

Leiner présente :

1° Une fillette de 6 ans avec un lupus vulgaire disséminé à la suite de rougeole : plaques lupiques verruqueuses au niveau de la région malléolaire interne. Il est intéressant de mentionner que les nodules lupiques ont disparus spontanément au cours des mois suivants, tandis que les foyers verruqueux ont persisté, ce qu'il a constaté à plusieurs reprises.

OBSERVATION IX

2° Une fillette de 8 ans, d'une famille bacillaire, qui présente en même temps plusieurs formes de tuberculides. A la suite de rougeole à l'âge d'un an, une éruption de folliclis est apparue sur tout le corps. Plus tard, survinrent des spina-ventosa sur les phalanges. Ensuite, du Lichen Scrofulosorum sur le tronc et les cuisses, et des tuberculides acnéiformes aux extrémités inférieures. Un foyer lupique s'est formé à la joue gauche. Des formations fongueuses existent aux deux articulations tarso-métatarsiennes. Depuis deux ans, tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION X

Brunsgaardt, *La tuberculose cutanée aiguë disséminée chez l'enfant. Dermatologische Wochenschrift*, mai 1914.

Il s'agit d'une fillette de 4 ans, de famille tuberculeuse. Le père est en traitement pour la tuberculose pulmonaire. A l'examen de l'enfant, on voit et on sent, sur les avants-bras et aux extrémités inférieures, surtout aux cuisses et aux jambes, des nodules du volume d'un pois, qui sont multiples, pénètrent profondément dans le tissu sous-cutané, et font saillie à la surface. La peau, au niveau de ces nodules, est rouge, et même rouge bleuâtre. On en voit qui présentent de la fluctuation, et qui se sont même ouverts : c'est le tableau typique d'une gomme scrofuleuse. Tous ces signes font penser aux tuberculides nodulaires, diagnostic d'ailleurs porté par le Professeur Boeck. A la partie supérieure

de la jambe gauche, on est frappé par le tableau typique de l'érythème induré. On a incisé en chirurgie une gomme scrofuleuse volumineuse de la tête radiale gauche. En dehors de ces nodules sous-cutanés et cutanés, on a pu constater en outre, plusieurs formations verruqueuses papillaires d'un diamètre variant de un millimètre à un centimètre. Là, il était difficile de constater l'infiltration, parce que ces formations étaient recouvertes d'une bonne couche cornée ; le bord rouge bleuâtre manquait aussi. Les ganglions sous-maxillaires, axillaires et inguinaux étaient hypertrophiés, mais cependant pas trop volumineux. Cette enfant a fait une rougeole il y a 6 mois, qui s'est compliquée de broncho-pneumonie. Un peu plus tard, une otite moyenne est apparue, qui a nécessité une intervention chirurgicale. Quelques semaines plus tard, l'enfant se trouvant dans sa famille, le père découvre les éruptions verruqueuses. Il a trouvé de 30 à 40 formations. D'après ce qu'il dit, ces éruptions ont commencé par des taches rouge vif qui se sont développées en quelques jours.

Mais il n'a pas découvert les nodules sous-cutanés. On a inoculé le contenu purulent des nodules et des formations verruqueuses à plusieurs cobayes : ils sont tous morts de tuberculose deux mois et demi après. Cinq mois après son admission à l'hôpital, l'enfant meurt de méningite tuberculeuse. Pendant l'évolution de la méningite, les formations verruqueuses se sont résorbées, ainsi que la plupart des nodules sous-cutanés. A l'autopsie : on trouve des ganglions tuberculeux trachéo-bronchiques. En outre, il existe un foyer tuberculeux au sommet du poumon gauche. Le crâne n'a pas été ouvert.

L'auteur de la communication considère ce cas comme une tuberculose hématogène, et recommande de se montrer prudent dans le pronostic, même dans les cas qui paraissent bénins. Il rappelle à ce propos le cas d'un malade observé par Doutrelepont qui, 10 ans après l'apparition des lésions cutanées; se fit admettre dans une clinique avec une tuberculose pulmonaire avancée.

OBSERVATION XI

Wirth, *Dermatologische Wochenschrift*, 1924, n° 5, page 125.

La malade, âgée de 12 ans, a été admise à l'hôpital le 5 juin 1923. Le père présentait une infection apicale double des poumons. La mère n'a jamais été malade. Un frère âgé de 15 ans a fait au printemps une méningite purulente. Les trois autres frères et sœurs ssnt bien portants. La malade elle-même n'a jamais rien eu jusqu'à l'année dernière. Mais, en octobre dernter, elle a fait une rougeole qui ne semble pas avoir donné de complications. Après la rougeole, elle a eu une conjonctivite phlycténulaire qui a duré trois mois. En janvier de cette année-ci, les parents ont constaté de petits foyers du volume d'un pois sur le dos des mains et des pieds. Plus tard, des foyers semblables sont apparus sur le corps et les extrémités, et ont augmenté de volume.

En février, l'enfant, fait une pleurésie. En même temps, l'articulation radio-carpienne enfle. Déjà, pendant l'hiver, les parents étaient frappés par la mauvaise mine et l'état précaire de l'enfant. Mais il s'est remis au cours des der-

nières semaines. Il s'agit d'un enfant trop grand pour son âge, maigre. On trouve de nombreux ganglions lyphatiques palpables.

L'auscultation des poumons montre :

A droite, en avant et en haut : diminution du murmure vésiculaire.

A droite, en arrière et en haut : pas de craquements.

Mais on entend des craquements au niveau de la moitié droite du hile.

A la radioscopie, le sommet droit est plus opaque que le gauche. Au petit doigt gauche, l'articulation interphalangienne est augmentée de volume. Sur cette tuméfaction, il y a une infiltration bleu-rougeâtre de la peau : il s'agit d'une arthrite bacillaire. On constate de plus un gonflement de l'articulation du poignet droit. Il y a, en outre, une éruption disséminée sur tout le corps. Sur les deux avants-bras, on trouve de petites formations qui atteignant le volume d'une tête d'épingle jusqu'à un pois. Là où il n'y a pas ces formations, on constate des taches brun-rougeâtres qui deviennent couleur « sucre d'orge » à la vitro-pression. Ces taches sont plus ou moins transparentes. Sur le dos de la main, elles sont plutôt bleu-rougeâtres ; mais l'épiderme est intacte au niveau de ces taches ; quelquefois, en leur centre, on voit une petite lamelle cornée On peut d'ailleurs trouver aussi de petites croûtes qui sont très adhérentes. Parfois, en voit au centre une cicatrice punctiforme. Bien que ces taches ne dépassent pas le niveau de la peau, on sent à la palpation un épaississement dans la profondeur.

Ces petites taches brunes ne se trouvent pas que sur les avants-bras et le dos des mains, mais aussi sur les bras, le dos,

sur la partie inférieure des deux jambes et sur le dos des deux pieds. Une tache semblable se trouve au centre de la joue droite. Deux autres sur la branche horizontale du maxillaire inférieur droit. Sur les deux coudes, les deux genoux, et le dos des pieds, on trouve en dehors de ces taches, de petits foyers atteignant le volume d'un petit pois. Ces foyers sont bien limités, rouge-bleuâtres, de consistance plus molle que celle de la peau normale ; mais on constate aussi des foyers d'un blanc luisant. Sur la plupart de ces foyers, on trouve des couches hyperkératosiques très adhérentes, et quand on les enlève, il reste de petites dépressions qui saignent légèrement. Mais nulle part, on ne peut constater de nodules lupiques. A la face antérieure de l'avant-bras gauche, on voit différents aspects de transition entre les formes du volume d'une tête d'épingle et les formations tumorales ; ce sont de grandes taches un peu surélevées avec une surface lisse, et de petits placards avec des couches cornées. Quand on enlève ces couches, la surface présente des caractères papillomateux. Mais partout où il y a de l'hyperkératose, on ne la trouve qu'au centre, tandis que la périphérie présente une infiltration lisse, rouge bleuâtre.

La réaction à la tuberculine est très positive, tant au niveau des foyers cutanés que des articulations atteintes.

Le 11 juin, inoculation aux cobayes de petits fragments des foyers lupiques verruqueux. 3 mois après : le cobaye inoculé avec de la substance des foyers lupiques présente des ganglions durs dans la région inguinale gauche. L'autre cobaye présente des ganglions durs dans les deux régions inguinales.

Le 2 octobre, on sacrifie les animaux.

Autopsie du premier cobaye : dans la région inguinale gauche, ganglion du volume d'un noyau de cerise, qui contient une masse caséeuse, jaune, épaisse. Dans le médiastin postérieur, au-dessus du cœur, on trouve un noyau du volume d'une petite cerise, dure, presque cartilagineux, volumineux, adhérent à l'aorte et à l'œsophage ; le tissu périaortique et œsophagien présente des infiltrations très dures : quand on incise une telle infiltration, on tombe sur une petite masse caséeuse. Cœur, poumons, foie normaux.

Dans la rate, de petits noyaux blanchâtres.

Autopsie du deuxième cobaye : dans la région inguinale gauche, un ganglion du volume d'un noyau de cerise et un autre du volume d'un haricot, tous deux très durs, entourés de tissu conjonctif mou.

Dans la région inguinale droite, un ganglion du volume d'une amande. Celui-ci contient de la substance caséeuse. Dans le médiastin postérieur, un groupe de ganglions durs, adhérents à la paroi thoracique antérieure et au rachis. Dans les deux poumons, de nombreux noyaux. Le cœur et la rate sont très augmentés de volume. On y constate de nombreux noyaux caséifiés en partie. De petits noyaux durs se trouvent dans le petit mésentère. Rate très hypertrophiée. On a inoculé à d'autres cobayes de la substance des deux premiers. Ils sont aussi tombés malades, et ont présenté des foyers tuberculeux.

OBSERVATION XII

(*British Journal of Dermatology*, 1925, p. 316.)
Un cas de lupus disséminé (tuberculose miliaire de la peau post-exanthématique), par Halfdan Sundt.

C. S..., âgé de 5 ans, fut amené au « Kythospital », le 15 février 1921, pour « spondylite tuberculeuse ». Père et mère bien portants. Pas de tuberculose dans la famille. Le malade est le 3e de 4 enfants.

A l'âge de 2 ans, il eut la rougeole, et fut très touché. Quelques temps après, des taches, qui seront décrites plus loin, apparurent sur son corps, et elles furent d'abord plus prononcées que par la suite. Sa mère dit qu'elles apparurent très peu de temps après la rougeole. En dehors de cela, l'enfant était bien portant jusqu'au printemps de 1920, époque à laquelle on lui découvrit une gibbosité dorsale. Cette difformité serait apparue après une chute sur le dos.

Actuellement à l'examen du malade : poumons, cœur et abdomen normaux. Pas d'albumine.

On trouve une gibbosité allant de la 6e à la 12e vertèbre dorsale, proéminent surtout au niveau de la 11e. Pas d'abcès palpable. Parésie des deux membres inférieurs. Réflexes rotuliens exagérés. Clonus du pied. Babinski positif.

La radiographie montre une destruction des vertèbres ci-dessus indiquées avec une déviation du rachis vers la gauche au niveau de la 11e vertèbre dorsale. Disséminées de

façon très symétrique sur chacune des joues et sous le menton, on voit de nombreuses papules de la taille d'un grain de millet à un grain de chènevis. Sur la joue gauche on trouve aussi une papule de 2 sur 6 millimètres de diamètre. Les papules, qui sont distinctement visibles sur la peau, sont de couleur jaune. Plusieurs d'entre elles sont palpables. La plus large des papules de la joue gauche est couverte de squames blanches qui peuvent être détachées par grattage en faisant saigner. Par vitro-pression, on ne peut faire disparaître aucune des papules. Le tronc, aussi bien devant que derrière, est indemne de toute éruption; mais sur les bras, on en trouve disséminées symétriquement, spécialement aux 2/3 supérieurs de la face antérieure des avants-bras ; on n'en voit pas à la face dorsale des avants-bras, mais à la partie supérieure de la face dorsale des bras, on trouve 8 ou 10 papules.

Les papules des bras sont considérablement plus infiltrées que les autres, et font saillie au-dessus du niveau de la peau. Leur taille varie d'un peu moins d'une tête d'épingle à 5 mm. de diamètre. On trouve aussi des papules symétriquement disséminées sur les cuisses, et se raréfiant en descendant ; sur chaque genou une large papule symétriquement disposée. Sur le genou droit, elle mesure 10 sur 10 millimètres ; sur le genou gauche 11 sur 11 millimètres. Toutes deux, faisant une saillie appréciable sur le plan de la peau, sont couvertes de squames blanches, et ressemblent beaucoup aux taches de psoriasis guttuta. Le reste est plus petit qu'une tête d'épingle.

Aux faces d'extension des jambes, on peut simplement mentionner quelques papules de la grosseur d'un grain de

chènevis ; sur la jambe gauche, une seule papule de 2 sur 3 millimètres.

A la face de flexion, 4 à 5 papules.

A la main droite et au pied gauche, on peut voir une petite papule. En dehors de cela, mains et pieds sont indemnes.

Les papules des extrémités sont, en outre, caractérisées par ce fait qu'elles sont entourées d'un halo blanc qui fait ressortir davantage les papules jaune-rouges très peu surélevées.

A plusieurs endroits il y a des taches blanches cicatricielles dont le milieu est pigmenté. Ces taches semblent être un stade de transition avec les nombreuses cicatrices rondes complètement blanches que l'on trouve particulièrement sur le tronc. De semblables cicatrices se rencontrent aussi aux avant-bras.

Le malade fut traité par des bains de soleil.

Deux papules furent enlevées, l'une pour examen histologique, l'autre pour inoculation à un cobaye. Le 14 *juin*, l'éruption des cuisses a considérablement diminué. Les halos blancs entourant les papules ci-dessus mentionnées se sont étendus, et toutes ces papules ont disparu définitivement, laissant à leur place une cicatrice ronde, d'un blanc luisant, dont le bord desquame.

Les papules qui ont persisté sont devenues aussi beaucoup plus pâles et plus squameuses. Ce processus de réparation, qui peut être suivi dans ses diverses phases, est plus prononcé sur les cuisses. A la face au contraire, un grand nombre de papules sont apparues.

Les cicatrices précédemment décrites, que l'on trouve

spécialement sur le tronc, sont les reliquats des premières papules.

Le malade, qui à son arrivée présentait une réaction de Pirquet positive, fut soumis à l'épreuve diagnostique à la tuberculine, avec les résultats suivants :

			Réaction locale	Temp. Réaction générale et focale
	mmg.			
13 juin	0,05 de tuberculine de Merck	14 juin	—	—
16 —	0,2 —	17 —	—	—
18 —	0,5 —	19 —	?	—
20 —	2,0 —	21 —	+	—
22 —	5,0 —	23 —	+	—
24 —	20,0 —	25 —	+	—

Durant l'expérience, la température rectale, prise toutes les 2 heures n'a pas dépassé 37°,5.

Pas de réaction générale ni focale. Pas de turgescence des papules, pas de démangeaisons. Au contraire, les papules avaient pâli durant la cure solaire, et disparaissaient sur une grande étendue, particulièrement à la cuisse gauche.

Persistance de quelques papules sur la cuisse droite, au-dessus du genou.

Aux extrémités supérieurs et à la face, également, l'exanthème est sur le point de disparaître.

Aux endroits où l'éruption a disparu, elle a laissé des cicatrices blanches déjà décrites.

L'autopsie du cobaye a montré des lésions bacillaires au point d'inoculation et dans le foie.

14 juillet. — L'éruption a presque complètement disparu.

1er septembre. — Pas de nouvelles lésions. Cicatrice rondes sur les deux cuisses. Celles de l'abdomen ont disparu.

Quelques cicatrices également à la partie supérieure des bras et sur la face, où elles sont plus larges et plus visibles.

Une nouvelle réaction de Pirquet fut positive.

En résumé, il s'agit d'un lupus disséminé post-exanthématique.

OBSERVATION XIII

Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.
Séance du 10 juin 1926.
(Observation de MM. Hudelot et Rabut.)

Il nous a paru intéressant de vous présenter la jeune Raymonde Wa..., âgée de 11 ans, non pas pour la difficulté d'un diagnostic qui s'impose, mais pour la dissémination extrême des placards lupiques. Le début de l'affection remonte à 3 ans, quelques mois après l'évolution d'une rougeole. Les éléments semblent avoir été disséminés d'emblée, mais se sont étendus progressivement. Respectant le tronc, ils existent, nombreux, sur la face, les fesses et les membres, de dimensions variables, allant de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 5 francs, légèrement saillants et squameux. La vitro-pression révèle des nodules lupiques typiques, et la scarification met en évidence la mollesse des tissus atteints, ces signes permettant d'éliminer rapidement l'hypothèse d'un psoriasis, auquel on aurait pu penser, de loin, à cause de l'existence de placards sur les coudes et les genoux.

L'état général de la malade est passable, et la radioscopie ne révèle pas de lésions notables des poumons.

Vraisemblance d'un terrain hérédo-syphilitique, bien que la sérologie soit entièrement négative (père mort d'une embolie, 4 de ses frères morts en bas âge).

CONCLUSIONS

I. Il existe des tuberculoses cutanées consécutives à la rougeole, dans la production desquelles cette fièvre éruptive joue un rôle capital.

II. Les formes le plus souvent rencontrées sont le lupus vulgaire et la tuberculose verruqueuse. Plus rarement, on a noté le lichen scrofulosorum, les gommes et les tuberculides papulonécrotiques.

III. Le lupus et la tuberculose verruqueuse présentent certains caractères particuliers : ils forment des placards multiples, disséminés, et atteignent non seulement la face, mais tout le reste du corps et en particulier les extrémités.

Les lésions apparaissent toutes ensemble, à la manière d'une éruption, et atteignent d'emblée ou très rapidement leur complet développement.

IV. Il n'y a pas de différence fondamentale entre ces deux types cliniques, comme le montrent les cas de transformation de lupus en tuberculose verruqueuse, et inversement.

V. Le lichen scrofulosorum, les gommes et les tuberculides papulo-nécrotiques ne présentent aucun caractère spécial.

VI. Cette tuberculose cutanée est en elle-même de

pronostic relativement bénin : on n'a signalé aucune tendance à l'ulcération ni aux mutilations.

Mais le sujet est un tuberculeux, susceptible de faire des tuberculoses viscérales sérieuses : le pronostic doit donc être réservé.

VII. La tuberculose cutanée consécutive à la rougeole est d'origine sanguine.

VIII. Les recherches modernes sur la cuti-réaction à la tuberculine ont montré sa disparition temporaire au cours de la rougeole, et c'est à cette anergie passagère que l'on doit rapporter l'éclosion après la rougeole de tuberculoses, et en particulier de la tuberculose cutanée.

IX. L'état inflammatoire de la peau pendant la rougeole constitue vraisemblablement une cause prédisposante à la localisation des bacilles de Koch dans les téguments.

Vu : le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Apert. — Maladie des enfants, 1920.

Aptekmant. — Thèse de Paris, 1909.

Brunsgaardt. — La tuberculose cutanée aiguë disséminée chez l'enfant (Dermatologische Wochenschrift, mai 1914).

Cappelli. — Contribution à l'étude des tuberculoses cutanées hématogènes diffuses à titre éruptif cliniquement atypiques (Annales de Dermatologie, septembre 1919, p. 257).

Delille (*Armand*). — Tuberculoses multiples superficielles chez l'enfant (Journal de Médecine de Paris, 13 septembre 1926, p. 767).

Demoulin. — Thèse de Paris, 1912-1913.

Darier. — Précis de Dermatologie, 1928.

Gaucher, Fouquet et *Flurin.* — Lupus généralisé (Bulletin de la Société Française de Dermatologie, 3 février 1910, p. 13).

Goebel, Herbst. — Allergie tuberculeuse et rougeole (Monatschrift für kinderheilkunde, décembre 1927).

Hudelo et *Rabut.* — Bulletin société française de Dermatologie, 10 juin 1926.

Hutinel. — Rougeole et tuberculose (Journal des Praticiens, 3 décembre 1908).

Jousset (*A.*). — La cuti-réaction à la tuberculine (Journal médical Français, 1922).

Koch. — Kind mit lupus vulgaris nach Masern (Wiener Klinische Woschenschrift, 27 novembre 1913).

Kropatsch. — Lupus vulgaris disséminatus corporis (Wiener Dermatologische gesellschaft, février 1926).

Labernadie. — Lupus consécutif à la rougeole (Annales de Dermatologie, juin 1910, p. 330).

Leiner. — Lupus vulgaris disséminatus nach Masern (Archivs für Dermat. und syph., mai 1914, p. 132).

Lenglet. — Article « lupus » in Pratique dermatologique.

Loustau. — Thèse de Paris, 1901.

Little. — Lupus disséminé chez une fillette de 4 ans 1/2 (Proceedings of the Royal Société of Médicine of London. Dermatological Section, 17 février 1910, p. 59).

Macleod. — A case of multiple lupus vulgaris following measles (Royal Société of Médicine of London, Dermatological Section, 17 octobre 1907 ; British Journal of Dermat., novembre 1907, p. 390).

Mantoux. — L'intradermo réaction à la tuberculine et son interprétation clinique (Presse Médicale, janvier 1910).

Moutot. — Thèse de Lyon, 1907.

Pirquet (Von). — Bulletin Médical, août et novembre 1908.

Ramel (de Lausanne). — Tuberculose verruqueuse hématogène (Bulletin de la Société de Dermatologie, juillet 1928, p. 630).

Rilliet et *Barthez.* — Précis de Médecine, 1854.

Rochette. — Thèse de Lille, 1905.

Roger, Widal-Teissier. — Traité de Médecine.

Sequeira. — Case of multiple lupus (Proceed. of the R. S. of Med. Dermatol. Section, 20 février 1913, p. 112).

Sezary et *Poumailloux.* — Tuberculose verruqueuse disséminée après rougeole (Bulletin de la Société de Dermatologie, juin 1929).

Whitehouse. — A case of disseminated lupus following Meases (Journal of cutaneous diseases, octobre 1908, p. 461).

Wirth. — Un cas de tuberculose cutanée post-exanthématique (Dermatolog. Wochenschrift, 1924, n° 5, p. 125).

701. — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-30